

This is the author's final version of the contribution published as:

Viotti S.; Converso D.; Loera B.. Soddisfazione lavorativa e burnout in relazione alle caratteristiche del lavoro e della tipologia dell'utenza: un confronto tra servizi di cura intensivi (ICU) e non intensivi (non-ICU). **GIORNALE ITALIANO DI MEDICINA DEL LAVORO ED ERGONOMIA**. XXXIV, n. 2, supp. B pp: B52-B60.

When citing, please refer to the published version.

Link to this full text:

<http://hdl.handle.net/2318/123024>

Sara Viotti, Daniela Converso, Barbara Loera

Soddisfazione lavorativa e burnout in relazione alle caratteristiche del lavoro e alla tipologia dell'utenza: un confronto tra servizi di cura intensivi (ICU) e non intensivi (non-ICU)

RIASSUNTO. *Introduzione:* è noto come le professioni sanitarie siano propense a sperimentare livelli di stress più elevati rispetto ad altri gruppi professionali. Al fine di determinare i fattori di rischio e di protezione allo stress in ambito sanitario è opportuno tenere in considerazione le differenze (per tipologie di cure erogate, caratteristiche dell'utenza) tra le realtà organizzative: una bipartizione nota è quella tra servizi di cura intensivi (ICU) e non intensivi (non-ICU).

Obiettivi. La presente ricerca, si pone i seguenti obiettivi: (1) individuare le similarità e le differenze relativamente alle dimensioni che descrivono il contesto lavorativo e la salute dei lavoratori in due gruppi di lavoratori impiegati in reparti di cura ICU e non-ICU.

(2) individuare per i lavoratori ICU e non-ICU quali tra gli aspetti che descrivono il contesto lavorativo considerati rappresentano dei fattori di rischio o di protezione rispetto allo sviluppo di (a) esaurimento emotivo, (b) depersonalizzazione e (c) soddisfazione lavorativa.

Metodi. 144 operatori ICU e 114 non-ICU di un grande ospedale nel nord Italia hanno compilato un questionario relativo alle condizioni di autonomia decisionale, controllo, supporto sociale, domande fisiche e cognitive (possibili antecedenti); soddisfazione lavorativa e burnout (effetti).

Risultati. 1) le analisi condotte hanno evidenziato punteggi significativamente più elevati tra i lavoratori ICU depersonalizzazione, soddisfazione lavorativa, carico fisico, autonomia, supporto dei superiori e aggressività dell'utenza. Un punteggio medio significativamente più elevato nelle non-ICU si riscontra invece sulla dimensione aspettative dell'utenza. 2) Sei Regressioni Lineari Multiple hanno evidenziato, quali predittori dell'esaurimento emotivo nelle ICU, carico cognitivo, autonomia, supporto dei superiori e dei colleghi. Per quanto riguarda invece le non-ICU solo il carico cognitivo e il supporto dei colleghi. La depersonalizzazione è determinata nelle ICU dal supporto dei colleghi, mentre nelle non-ICU nessuna dimensione, tra quelle considerate, è risultata significativa. Riguardo la soddisfazione sia nelle ICU che nelle non-ICU risulta associata al carico cognitivo e all'autonomia decisionale.

Conclusioni. Lo studio qui riportato evidenzia la presenza di alcune differenze tra i due contesti presi in analisi sia sul piano delle condizioni di lavoro che sugli effetti sulla salute del lavoratore.

Parole chiave: ICU, non-ICU, soddisfazione lavorativa, burnout.

ABSTRACT. *JOB SATISFACTION, JOB BURNOUT AND THEIR RELATIONSHIPS WITH WORK' AND PATIENTS' CHARACTERISTICS: A COMPARISON BETWEEN INTENSIVE CARE UNITS (ICU) AND NOT- INTENSIVE CARE UNITS (NOT-ICU).*

Introduction. Health worker's population is espoused to high level of stress, and several studies highlight differences between

intensive care units (ICU) and non-intensive care unit (non-ICU). Particular features of the job in ICU concern responsibilities for critically patients, highly advanced technology and need for quick decision.

Aims. Aims of this study are: (1) to examine differences between ICU's and not-ICU's workers on several dimensions describing work environment and workers' health; (2) investigate which specific work conditions have a role in determining psychological work reactions in ICU's and not-ICU's workers.

Method. 144 ICU's and not-ICU's 114 workers employed in an Italian Hospital filled out a questionnaire concerning decision authority, autonomy, colleagues' and supervisors' support, physical and cognitive demands as antecedents; job satisfaction and job burnout (EE, DP) as consequences.

Results. 1) MANOVA highlighted how ICU workers reported significantly higher scores on depersonalization, job satisfaction, aggressive customers, while physical demands and proportionate customer expectations were significantly higher for not-ICU workers; (2) Six Multiple Linear Regressions were carried out. Those indicated decision authority, autonomy and supervisors' support as predictors of emotional exhaustions in ICU. In not-ICU only cognitive demands and colleagues' support are significant predictors. Depersonalization is predicted in ICU by colleagues' support. Predictors of job satisfaction both in ICU and not-ICU are: decision authority and colleagues support.

Conclusion. Current study highlighted several differences among ICU and non-ICU workers' referred to work environment and psychological reactions.

Key words: ICU, not-ICU, job satisfaction, job burnout.

Introduzione

La qualità della vita e il benessere nelle organizzazioni di lavoro hanno acquisito negli ultimi anni una rilevanza sempre maggiore sia nell'ambito della riflessione scientifica su ciò che incide – positivamente e negativamente – sulla salute dei lavoratori, sia nell'ambito istituzionale e legislativo della maggior parte dei paesi democratici. In Italia come è noto l'attenzione verso questi temi si è concretata nella formulazione del Decreto Legislativo n. 81 del 2008 che ha tematizzato in modo definitivo – rendendo (in particolare con l'art. 28) obbligatoria la valutazione e la successiva adozione di azioni di miglioramento in ogni contesto organizzativo di “tutti i rischi per

la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi [...] quelli collegati allo stress lavoro correlato” – la connessione tra fattori psicosociali di rischio (1) e disagio, sia fisico sia psichico, dei lavoratori. La prospettiva di ricerca qui adottata sugli aspetti del lavoro e dell’organizzazione che possono sostenere o limitare il benessere è guidata, coerentemente con tali recenti normative, dalla necessità di individuare in modo non generico ma specifico per ciascun contesto, interventi adeguati ed efficaci.

Nelle organizzazioni sanitarie il tema della salute dei lavoratori è se possibile ancor più rilevante che altrove in ragione – da un lato – del forte legame tra benessere degli operatori e capacità di prendersi cura del paziente e della sua famiglia (2, 3), e – dall’altro – della nota sovraesposizione dei professionisti sanitari al rischio di stress rispetto ad altri gruppi di lavoratori (4). Tale sovraesposizione è incentivata negli ultimi anni dalla paradossale concomitanza della riduzione delle risorse destinate ai servizi pubblici alla persona e della domanda crescente di servizi da parte della popolazione che genera, tra gli operatori, la cosiddetta sindrome dello “stato d’assedio”(5). In tema di salute occupazionale in ambito socio-sanitario è tuttavia necessario ricordare che, oltre agli specifici fattori di rischio, in questo contesto intervengono, come moderatori del disagio e leve del benessere, la soddisfazione e la motivazione che derivano dalla ricchezza che il lavoro di cura contiene in sé (6), e da una sorta di “remunerazione” rappresentata dalla relazione positiva con il paziente (7) e dal sentimento di gratitudine che questi può esprimere nei confronti degli operatori (8).

L’insieme di queste considerazioni va riportato all’estrema complessità delle organizzazioni sanitarie, sistemi composti da unità, divisioni, reparti, con caratteristiche molto differenti tra loro sia dal punto di vista della tipologia di utenza (9) sia da quello dell’organizzazione del lavoro (10). La ricerca sul benessere dei lavoratori in ambienti sanitari deve quindi, se tesa alla prospettiva mirata dell’intervento prima evocata, tenere in considerazione tali articolazioni (11).

Una distinzione fondamentale è per esempio quella tra servizi di cura intensivi (ICU) e non intensivi (non-ICU). Per servizi di cura intensivi si intendono quei reparti in cui l’accesso è riservato a pazienti le cui condizioni di salute sono gravi e in rapido deterioramento, etichettati per lo più come casi clinici critici e con un elevato rischio di morte. Rientrano in tale categoria per esempio le aree critiche dei DEA, le unità di terapia intensiva e di anestesia/rianimazione (12). Con non-ICU ci si riferisce invece a quei reparti strutturati per trattare patologie a bassa media gravità (es. DH ambulatoriali) e/o all’accoglienza di pazienti stabilizzati (es. degenze).

Una prima differenza dal punto di vista dei processi organizzativi tra ICU e non-ICU è riconducibile al tema della prevedibilità. Il lavoro degli operatori ICU è caratterizzato da una forte componente di incertezza legata sia alle condizioni di salute del paziente sia ai flussi di accesso al servizio. Nelle non-ICU, al contrario, la componente dell’imprevedibilità è quasi assente: i flussi di accesso sono solitamente programmati in anticipo ed è poi assai raro che il personale si trovi a dover gestire situazioni di emer-

genza in cui il paziente è in pericolo di vita. Un’altra differenza è associata al livello di complessità delle condizioni cliniche dei pazienti. Nelle non-ICU, infatti, le patologie sono di complessità medio/bassa e le azioni di monitoraggio e di cura eseguite dal personale tendono a concentrarsi sulla specifica problematica riportata dall’utente e a non riguardare altri aspetti. Nelle ICU lo stato di salute dei pazienti risulta compromesso a un livello più generale e pervasivo, pertanto i monitoraggi e le cure coinvolgono più aspetti e possono riguardare più apparati e sistemi funzionali contemporaneamente (13). Un altro elemento che testimonia una differente complessità dell’ambiente lavorativo è la tecnologia, molto presente nelle ICU e relativamente poco utilizzata nelle non-ICU (14). La complessità è legata infine alle competenze specialistiche presenti nelle équipe: mentre nelle ICU i gruppi di lavoro tendono a essere monodisciplinari e le collaborazioni con le altre specialità rare, nelle ICU vi è una tendenza molto più spiccata alla multidisciplinarietà (15).

I pochi studi presenti in letteratura volti a comparare campioni di operatori impiegati nei servizi di cura non intensivi con quelli intensivi sul piano dei fattori di rischio e degli effetti sulla salute dei lavoratori hanno prodotto fino ad ora risultati eterogenei, sia a sostegno della differenza operata tra i due tipi di reparto (10, 11) sia nella direzione della disconferma di tale distinzione (16, 17). Gli studi più recenti e sistematici (10, 18) utilizzano in particolare come chiave di lettura quella propria dall’approccio situazionale (19): le organizzazioni sono sistemi aperti che, per sopravvivere, sviluppano modelli di gestione e organizzazione del lavoro compatibili con l’ambiente in cui sono inserite. Conseguentemente le differenti tipologie di cure erogate e le differenti caratteristiche delle utenze (gravità della patologia, complessità delle cure erogate ecc.), sono alla base dello sviluppo di specifiche condizioni di lavoro (autonomia, supporto sociale, ecc.) che a loro volta condizionano i livelli di benessere dei lavoratori.

Teorie e modelli di riferimento

La salute lavorativa nelle sue accezioni sociali e psicologiche è un fenomeno complesso e multi sfaccettato che può essere ricostruito indagando il variegato spettro di vissuti e atteggiamenti che gli individui alimentano nei confronti del proprio lavoro. Nel presente studio, nella convinzione che all’assenza di disagio non corrisponda necessariamente presenza di benessere (20), la salute è stata indagata facendo riferimento a costrutti che la interpretano in termini sia positivi sia negativi. Sul versante negativo, l’indicatore di salute qui considerato è il burnout, una delle forme di disagio psichico più attenzionate nel settore sanitario che può essere definito come una sindrome sviluppata in risposta a condizioni lavorative stressanti caratterizzate da elevati rapporti interpersonali (21). Rispetto alle tre sottodimensioni originali (esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale), è qui accolta la prospettiva che considera rilevanti i sintomi riconducibili alle prime due (22). La prima coincide con l’emersione di una reazione di esaurimento emotivo (EE)

fortemente legata alla percezione dell'individuo di aver ecceduto nell'uso delle proprie risorse fisiche ed emozionali. La seconda è la depersonalizzazione (DP) che richiama la presenza di atteggiamenti di distacco oppure ostilità da parte dell'operatore nei confronti dell'utenza.

Sul versante dell'agio invece, è stata presa in considerazione la soddisfazione lavorativa, giudicata come un indicatore del benessere soggettivo poiché è a questo fortemente correlata (23). La centralità di tale costrutto nell'ambito della salute occupazionale è dovuta al fatto che essa rappresenta uno degli effetti più immediati che l'organizzazione produce sull'individuo sul piano emotivo e cognitivo (24), e viene riconosciuta in numerosi studi come un buon predittore dell'assenteismo (25), del turnover intention (26) e della *performance* lavorativa (27).

Sul versante delle condizioni lavorative sono state invece considerate le dimensioni presenti nel modello *Job Demand Control-Support* (JDC-S) (28, 29, 30, 31). Tale modello, soprattutto nella sua versione originale (28), è stato fortemente criticato perché pare restituire una versione ipersemplificata circa le condizioni lavorative (32, 33). Tuttavia, esistono numerose evidenze empiriche che indicano come le dimensioni in esso contenute, soprattutto nelle revisioni successive, descrivano condizioni lavorative cruciali in relazione al tema dello stress anche nei contesti sanitari (34, 35). Le dimensioni indagate nella versione originale sono le richieste lavorative – il carico di lavoro che l'operatore deve sostenere al fine di espletare i compiti previsti dalla mansione svolta – e le possibilità di controllo che il lavoratore può esercitare. Le richieste possono coinvolgere sia la sfera fisica sia quella psicologica. Il controllo nel modello originario (28) è definito da due aspetti: il margine di discrezionalità concesso al lavoratore nello svolgimento dei propri compiti, e le occasioni di utilizzare competenze già acquisite e di svilupparne di nuove attraverso il proprio lavoro. Le versioni successive (29) includono anche la dimensione del supporto sociale, inteso come sostegno proveniente sia dai colleghi sia dai superiori gerarchici. Le ricerche in ambito sanitario hanno evidenziato in particolare il ruolo del carico di lavoro, del controllo e del supporto sociale nel predire sia effetti negativi sulla salute del lavoratore come strain e burnout sia effetti positivi come la soddisfazione e motivazione lavorativa (36).

Il modello JDC-S non tiene però in conto quello che è considerato l'aspetto che caratterizza il lavoro delle professioni sanitarie, la relazione con l'utenza. La relazione costante con persone che necessitano di cure e assistenza, tanto più se queste non conducono alla guarigione, può comportare infatti enormi costi psicologici (37). Negli ultimi anni si sono inoltre intensificati, come segnalato da International Labour Organization (ILO) (38), i comportamenti aggressivi messi in atto dall'utenza nei confronti del personale ospedaliero, che costituiscono una fonte particolare di stress (sia cronico sia acuto). Tali dati sembrano andare nella stessa direzione di altri studi (8, 39) che hanno dimostrato come l'essere continuamente oggetto di richieste eccessive, ambigue o non appropriate da parte dell'utenza o addirittura essere vittima di aggressioni verbali possa condurre più frequentemente allo sviluppo della sindrome del burnout.

Obiettivi dello studio

Sulla base di queste premesse gli obiettivi del presente lavoro di ricerca sono stati peculiarmente due:

(1) individuare le similarità e le differenze, relativamente alle dimensioni che descrivono il contesto lavorativo (il controllo, carico di lavoro, supporto sociale interno al reparto e rapporto con l'utenza) e la salute dei lavoratori (job burnout e soddisfazione), in due gruppi di lavoratori impiegati in reparti di cura ICU e non-ICU.

(2) evidenziare, in modo distinto per i lavoratori ICU e non-ICU, tra gli aspetti che descrivono il contesto lavorativo considerati nel presente studio quali rappresentano dei fattori di rischio o di protezione rispetto allo sviluppo di (a) esaurimento emotivo, (b) depersonalizzazione e (c) soddisfazione lavorativa.

Metodi

Partecipanti

Il presente studio, basato su una rilevazione effettuata tramite questionari *self-report*, è stato condotto in 7 reparti ICU e 12 non-ICU di un ospedale torinese. Dei 461 questionari distribuiti, 338 sono stati compilati e restituiti al gruppo di ricerca (tasso di ritorno: 73,3%). In seguito alle operazioni di controllo della qualità dei dati che ha previsto l'esclusione dalle analisi di tutti i casi che presentavano una percentuale di risposte mancanti superiore al 3%, il campione è sceso a 258 unità, 144 (55,8%) dei quali impiegati in ICU e 114 (44,2%) in non-ICU.

Strumenti

I dati sono stati raccolti attraverso un questionario che contiene, oltre a una scheda di registrazione delle caratteristiche socio-anagrafiche e professionali dei rispondenti, le scale volte a indagare le condizioni di lavoro e di salute degli operatori:

- Il carico lavorativo: due scale tratte dal *Job Content Questionnaire* (JCQ) (40: Recommended Format: 6/94 - Rev. 1.5) versione italiana (41). La prima, relativa al carico cognitivo, è composta da 9 item (es.: "il mio lavoro è frenetico"). La seconda misura invece il carico fisico ed è composta da 5 item (es.: "devo spostare o sollevare carichi pesanti"). Entrambe le scale prevedono una scala di risposta a 4 modalità (1=mai vs. 4=sempre).
- Il controllo: due scale contenute nella versione italiana del JCQ (40, 41: Recommended Format: 6/94 - Rev. 1.5). La prima è dedicata a rilevare l'autonomia ed è composta da 5 item (es.: "il mio lavoro mi permette di prendere decisioni in autonomia"). La seconda riguarda l'utilizzo delle abilità, è composta da 3 item (es.: "questo lavoro mi permette di sviluppare le mie abilità").
- Il Supporto sociale: due scale tratte dalla versione italiana del JCQ (40, 41: Recommended Format: 6/94, Rev. 1.5). Mentre la scala relativa al supporto dei pari è composta da 6 item (es.: "tra le persone con cui lavoro c'è un clima di reciproca collaborazione"), quella che misura il supporto sociale dei superiori è com-

posta da 4 item; (es.: “i miei superiori prestano attenzione a quanto dico”). Entrambe utilizzano una scala di risposta a 4 modalità (1=per niente d’accordo; 4=del tutto d’accordo).

- I livelli di stress sociale originati dal contatto con l’utenza sono stati misurati attraverso due scale tratte dal questionario *Costumer related Social Stressor* (CSS, 39). La prima è composta da 4 item e rileva la frequenza con cui il lavoratore si sente vittima di attacchi verbali, fisici, ecc. da parte dell’utenza (es.: “i miei utenti mi attaccano verbalmente”). La seconda è invece composta da 8 item e fa riferimento alla frequenza con cui il lavoratore percepisce che l’utenza avanzi richieste a cui non può rispondere oppure che vanno oltre a quanto è previsto dalla propria mansione (es.: i miei utenti mi richiedono di fare cose che potrebbero fare da soli). Entrambe utilizzano una scala di risposta a 4 modalità (1=mai; 4 sempre).
- Il burnout è stato misurato mediante le scale di esaurimento emotivo (EE) e depersonalizzazione (DP) tratte dalla versione italiana (42) del *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS). Nello specifico la scala di EE è composta da 9 item (es.: “mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro”) mentre quella di DP da 5 item (es.: “temo che questo lavoro mi possa indurre emotivamente”) e utilizzano una scala di risposta a 6 modalità (0=mai; 6=ogni giorno).
- La soddisfazione lavorativa è stata rilevata tramite un *single item* (43) così formulato “In termini complessivi, quanto si sente attualmente soddisfatto del suo lavoro?”. La scala di risposta consiste in un termometro a 10 punti (1= “per niente soddisfatto”; 10 = “del tutto soddisfatto”).

Per ogni scala sono state calcolate le statistiche descrittive (medie e deviazioni standard) e valutata la coerenza interna attraverso l’alpha di Cronbach; infine, a livello puramente descrittivo, l’intensità e la direzione delle relazioni tra le scale considerate nello studio sono state esaminate mediante correlazioni Pearson (tabella I).

Analisi dei dati

L’analisi dei dati è stata effettuata attraverso il software statistico PAWS 18. In primo luogo sono state effettuate le analisi preliminari sulle variabili socio-anagrafiche e professionali (medie e deviazioni standard; test t; test ϕ) al fine sia di fornire una descrizione del campione coinvolto rispetto a questi aspetti sia di evidenziare eventuali differenze di composizione dei due sottogruppi in analisi (ICU e non-ICU).

Successivamente, con lo scopo di individuare eventuali differenze rispetto alle condizioni di lavoro e di salute dei lavoratori nei due contesti in esame è stato specificato un modello di analisi dei dati MANOVA. Esso è da prediligere rispetto all’esecuzione di serie di ANOVA, in quanto consente, testando più variabili dipendenti simultaneamente, di controllare le interrelazioni tra le stesse e di minimizzare le probabilità di incorrere nell’errore di tipo I (44).

Per individuare in ciascun contesto le condizioni lavorative che influenzano la salute degli operatori (obiettivo 2), sono state effettuate delle Regressioni Lineari Multiple. In particolare per ciascun contesto sono state effettuate tre regressioni in cui come variabili dipendenti sono state inserite rispettivamente l’esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la soddisfazione lavorativa mentre come indipendenti le variabili che descrivono il contesto lavorativo e sociale del reparto. Ciascun modello è stato controllato per genere ed età e appartenenza professionale al fine di controllare l’effetto potenzialmente confondente di tali variabili.

Risultati

Le analisi preliminari hanno evidenziato rispetto al genere una sovra rappresentazione, tipica del comparto sanitario, della componente femminile (F=191; M=67). Tale caratteristica rimane costante anche nei due sotto-

Tabella I. Statistiche descrittive: medie, deviazioni standard, alpha di Cronbach e correlazioni bivariate di Pearson tra variabili

	M(DS)	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Carico cognitivo	25.7 (4.1)	.80	1										
2. Carico fisico	12.7 (3.5)	.82	.468**	1									
3. Utilizzo delle abilità	19 (2.5)	.64	.090	-.019	1								
4. Autonomia decisionale	8.4 (1.8)	.63	-.179*	-.195*	.488**	1							
5. Supporto dei colleghi	11.2(2.6)	.85	-.251**	-.099	.267**	.321**	1						
6. Supporto dei superiori	10.8 (2.8)	.84	-.256**	-.076	.199**	.327**	.494**	1					
7. Carico di aspettative (utenza)	20.7 (5.5)	.92	.545**	.386**	-.056	-.245**	-.383**	-.181*	1				
8. Comportamenti aggressivi (utenza)	8.6 (3.4)	.93	.438**	.362**	-.083	-.245**	-.329**	-.196*	.820**	1			
9. Esaurimento emotivo	19.3(12.1)	.91	.528**	.260**	-.104	-.333**	-.429**	-.391**	.485**	.459**	1		
10. Depersonalizzazione	6.4(5.9)	.75	.298**	.158*	-.097	-.172*	-.357**	-.247**	.365**	.332**	.587**	1	
11. Soddisfazione lavorativa	6.5 (1.9)	–	-.407**	-.222**	.302**	.460**	.383**	.400**	-.334**	-.341**	-.578**	-.434**	1

Legenda: *p<0.05; **p<0.001

gruppi analizzati (Femmine_{icu} = 103; Maschi_{icu} = 41; Femmine_{non-icu} = 88; Maschi_{non-icu} = 26) come testimonia il dato non significativo di ϕ ($\phi=0.64$; $p=0.303$). L'età media del campione globalmente preso in esame è 39.84 (ds=8.9). mentre rispetto ai due sottogruppi il t-test evidenzia per i lavoratori delle ICU una età media significativamente più bassa rispetto a chi opera nelle non-ICU (Età media_{icu}=38.08 Età media_{non-icu}=42.05; $T=-3.62$; $p=0.00$). Rispetto alla qualifica professionale il campione è composto da 200 infermieri (ICU=109; non-ICU=81) e 58 medici (ICU=35; non-ICU=23). In questo caso, la distribuzione all'interno dei due contesti in analisi non presenta differenze statisticamente significative ($\phi=0.49$; $p=0.729$). La maggior parte della campione in esame effettua turni notturni (turnisti_{tot}=180, turnisti_{icu}=117; turnisti_{non-icu}=63) con una differenza statisticamente significativa ($\phi=0.281$; $p=0.00$) connessa alla maggiore presenza di turnisti nelle ICU (81.3%) rispetto alle non-ICU (55.3%). Infine, le ore medie lavorate sulla settimana sono 38.18 (ds=6.5); l'anzianità media servizio in cui il lavoratore opera è di anni 6.28 (ds=6.4), mentre l'anzianità media nel settore sanitario di anni 13.56 (ds=9.8). Per le prime due variabili non emergono differenze sostanziali tra i due gruppi di lavoratori. Per contro, riguardo l'anzianità di servizio nel settore sanitario il t-test ($t=-3.01$; $p=0.02$) registra una differenza statisticamente significativa che indica per i lavoratori delle non-ICU ($m=15.65$) un'anzianità media più elevata rispetto all'altro sottogruppo ($m_{icu}=11.91$).

Essendo emerse, in sede di analisi preliminari differenze statisticamente significative tra i due gruppi di soggetti rispetto all'età, i turni notturni e all'anzianità di servizio nel settore sanitario, in sede di esecuzione della MANOVA, si è deciso di controllare gli effetti di queste variabili inserendole come covariate all'interno del modello.

Il modello prodotto attraverso la tecnica statistica MANOVA nella sua globalità risulta significativo (assunto dell'omogeneità della varianza non violato: $M=96.6$ - $p>0.001$ - significatività modello: λ Wilks=2,110 - $p=.020$) per cui è possibile affermare che le variabili inserite nel modello mettono in luce la presenza di differenze tra i due contesti di lavoro.

I test univariati prodotti nell'ambito della statistica MANOVA evidenziano gli specifici fattori che determinano tali differenze tra le due realtà in analisi (vedi tabella II). Sul versante degli effetti sulla salute, i lavoratori afferenti alle unità intensive riportano punteggi significativamente più elevati sulle dimensioni della DP ($F=4.223$ $p=0.003$; $m_{icu}=6.91$ - $m_{non-icu}=5.87$) e della soddisfazione lavorativa ($F=2.765$, $p=0.028$; $m_{icu}=6.78$ $m_{non-icu}=6$). L'EE, sebbene non risulti significativo, risulta più elevato tra gli operatori delle non-ICU ($m_{icu}=18.63$ $m_{non-icu}=20.26$).

Passando alle caratteristiche del lavoro, gli operatori delle ICU riportano punteggi significativamente più elevati sul piano delle richieste fisiche ($F=9.330$ $p=0.00$; $m_{icu}=12.92$ $m_{non-icu}=12.39$) e dell'autonomia ($F=3.297$ $p=0.012$; $m_{icu}=8.78$ $m_{non-icu}=7.96$). Non si riscontrano invece differenze statisticamente significative tra i due contesti sulle dimensioni che indagano le richieste cognitive e

Tabella II. Media, deviazione standard ottenute alle scale dai due gruppi e risultati di MANOVA

	ICU M (DS)	non ICU M (DS)	F
Carico cognitivo	25.6 (4.4)	25.8 (4.4)	0.754
Carico fisico	12.9 (3.2)	12.4(3.8)	9.33**
Utilizzo delle abilità	19.3 (2.4)	18.6(2.4)	1.931
Autonomia decisionale	8.8 (1.8)	7.9(1.8)	3.297*
Supporto dei colleghi	11.3(2.4)	10.9(2.8)	1.562
Supporto dei superiori	11.2 (2.3)	10.3 (3.1)	-.256**
Carico di aspettative (utenza)	20.6 (5.8)	20.8 (5.0)	3.932*
Comportamenti aggressivi (utenza)	8.6 (3.3)	8.4(3.4)	4.136*
Esaurimento emotivo	19.6(11.3)	20.2 (13)	3.823*
Depersonalizzazione	6.9(5.9)	5.87(5.9)	4.223*
Soddisfazione lavorativa	6.8 (1.8)	6.3(2.1)	2.765*

Legenda: * $p<0.05$; ** $p<0.001$

l'utilizzo delle abilità. Rispetto ai fattori che descrivono il supporto sociale, sia sul versante delle relazioni orizzontali ($m_{icu}=11.3$ $m_{non-icu}=10.9$) che verticali ($m_{icu}=11.2$ $m_{non-icu}=10.3$), le ICU ottengono punteggi medi maggiori. Soltanto nel secondo caso (supporto dei superiori) però il punteggio risulta significativamente più elevato rispetto alle non-ICU ($F=3.823$ $p=0.005$).

Infine riguardo ai fattori che descrivono gli *stressor* sociali provenienti dall'utenza, si registrano differenze significative su entrambe le dimensioni in analisi. Mentre però per i lavoratori afferenti alle non-ICU la pressione esperita è riconducibile alla percezione di essere oggetto di aspettative troppo elevate da parte dell'utenza ($F=4.136$ $p=0.003$; $m_{icu}=20.60$ $m_{non-icu}=20.78$), nelle ICU, per contro, paiono più intensi e frequenti i comportamenti aggressivi messi in atto dall'utenza e diretti agli operatori ($F=3.932$ $p=0.004$; $m_{icu}=8.63$ $m_{non-icu}=8.49$).

Nelle tabelle III, IV e V, sono riportati i risultati delle regressioni multiple. In nessuno dei modelli eseguiti sono state evidenziate problematiche legate alla multicollinearità (per ciascuna variabile indipendente l'indice di tolleranza 1/VIF non ha mai ottenuto punteggi inferiori a .6).

Per quanto riguarda i lavoratori afferenti nelle ICU (tabella III), i fattori che descrivono il contesto lavorativo considerati nello studio e inseriti nel modello di regressione in qualità di variabili indipendenti insieme alle variabili di controllo (genere, età e tipologia professionale) spiegano globalmente il 46% di varianza di EE (M_{icu} : $F=12.076$ $p=0.00$).

Passando ad analizzare le significatività statistiche singolarmente considerate (tabella III), emergono quali aspetti protettivi il supporto dei superiori ($\beta=-0.174$ $p=0.021$), dei colleghi ($\beta=-0.172$ $p=0.035$) e l'autonomia decisionale ($\beta=-0.153$; $p=0.050$). Il fattore che appare determinante nell'accrescere esaurimento emotivo (EE) è invece il carico di lavoro cognitivo ($\beta=0.340$ $p=0.00$). Tra le variabili di controllo risulta significativo

Tabella III. Risultati delle regressioni multiple sui sottocampioni ICU e non-ICU (variabile dipendente: esaurimento emotivo)

Esaurimento emotivo	ICU		Non-ICU	
	β	t	β	t
Genere (1=donna)	.138*	2.018	.126	1.575
Età	-.022	-.328	.112	1.429
Categoria professionale (1=paramedici)	.194*	2.565	.020	.212
Carico cognitivo	.340**	3.949	.300*	2.923
Carico fisico	.064	.829	-.094	-.945
3. Utilizzo delle abilità	.078	1.041	-.073	-.805
4. Autonomia decisionale	-.154*	-1.970	-.048	-.509
5. Supporto dei colleghi	-.0172*	-2.130	-.183*	-2.011
6. Supporto dei superiori	-.0174*	-2.333	-.121	-1.404
7. Carico di aspettative (utenza)	.049	.412	.146	.985
8. Comportamenti aggressivi (utenza)	.060	.551	.215	1.526

Legenda: *p<0.05; **p<0.001

il genere e la tipologia professionale indicando che le donne ($\beta=0,138$; $p=0,046$) e il personale medico ($\beta=-0,194$ $p=0,011$) sono più esposti al rischio di EE.

Nel sottogruppo dei lavoratori non-ICU ($M1_{non-icu}$ =41,8% della varianza spiegata, $F=9,115$ $p=0,00$). risulta quale fattore protettivo unicamente il supporto tra colleghi ($\beta=-0,183$ $p=0,047$). mentre quale fattore di rischio, analogamente alle ICU, il carico cognitivo ($\beta=0,3$ $p=0,004$).

Osservando la tabella IV, si evince che la DP ($M2_{icu}$:18,7% varianza spiegata, $F=3,985$ $p=0,00$) nel gruppo dei lavoratori ICU è associata al supporto dei colleghi ($\beta=-0,195$ $p=0,051$). Inoltre, all'aumentare dell'età i livelli di DP decrescono ($\beta=-0,174$. $p=0,036$). Nel gruppo non-ICU ($M2_{non-icu}$: 27,5% varianza spiegata; $F=4,894$ $p=0,00$), invece, non risulta associata ad alcuno dei fattori del contesto presi in esame. Tra le variabili di controllo in questo caso si segnala la relazione significativa con il genere, e in particolare l'essere maschio accresce il rischio di DP ($\beta=-0,230$ $p=0,011$). La DP, sembra legata alle caratteristiche socio-anagrafiche più che a quelle di percezione del contesto.

Infine la tabella V, riporta i risultati delle regressioni in cui la soddisfazione è stata inserita come variabile dipendente. Nei contesti ICU, la soddisfazione ($M3_{icu}$: varianza spiegata:37.1%; $F=8,682$ $p=0,00$) è associata al diminuire del carico cognitivo ($\beta= -0,281$ $p=0,003$) e all'aumentare dell'autorità decisionale ($\beta=0,219$ $p=0,01$). Nelle non-ICU ($m3_{non-icu}$: 30.1% varianza spiegata; $F=5,570$ $p=0,00$). oltre al carico cognitivo ($\beta=-0,295$ $p=0,009$) e l'autonomia decisionale ($\beta=0,220$ $p=0,033$). si registra anche l'impatto dell'aggressività dell'utenza ($\beta=-0,306$ $p=0,048$) che contribuisce seppur in misura minore delle altre due variabili a diminuire la soddisfazione.

Tabella IV. Risultati delle Regressioni Multiple sui sottocampioni ICU e non-ICU (variabile dipendente: depersonalizzazione)

Depersonalizzazione	ICU		Non-ICU	
	β	t	β	t
Genere (1=donna)	.063	.747	-.230*	-2.585
Età	-.174*	-2.124	-.052	-.594
Affiliazione professionale (1=paramedici)	.144	1.549	.139	1.359
Carico cognitivo	.174	1.648	.037	.329
Carico fisico	-.020	-.211	.057	.520
Utilizzo delle abilità	.033	.364	-1.567	.120
Autonomia decisionale	-.037	-.393	-.578	.565
Supporto dei colleghi	-.195*	-1.969	-1.635	.105
Supporto dei superiori	-.107	-1.173	-.627	.532
Carico di aspettative (utenza)	.075	.516	1.514	.133
Comportamenti aggressivi (utenza)	.025	.191	.312	.756

Legenda: *p<0.05; **p<0.001

Tabella V. Risultati delle Regressioni Multiple sui sottocampioni ICU e non-ICU (variabile dipendente: soddisfazione lavorativa)

Soddisfazione lavorativa	ICU		Non-ICU	
	β	t	β	t
Genere (1=donna)	-.010	-.132	.057	.651
Età	.013	.174	.070	.815
Affiliazione professionale (1=paramedici)	-.091	-1.110	-.003	-.034
Carico cognitivo	-.281*	-3.029	-.295*	-2.646
Carico fisico	-.080	-.958	.035	.323
Utilizzo delle abilità	.143	1.777	.137	1.399
Autonomia decisionale	.219*	2.614	.220*	2.164
Supporto dei colleghi	.160	1.839	.035	.358
Supporto dei superiori	.155	1.930	.140	1.504
Carico di aspettative (utenza)	.045	.350	.170	1.057
Comportamenti aggressivi (utenza)	-.048	-.412	-.306*	-2.004

Legenda: *p<0.05; **p<0.001

Discussione

Relativamente al primo obiettivo, la ricerca cioè di eventuali differenze relative ad alcune dimensioni che descrivono il contesto lavorativo e la salute dei lavoratori, l'analisi ha evidenziato, rispetto al carico di lavoro, come gli operatori delle ICU percepiscano una gravosità più marcata dei propri colleghi sul piano fisico. Sul piano co-

gnitivo, invece, la situazione appare del tutto simile nei due contesti. Riguardo invece alle dimensioni che descrivono il controllo del lavoratore, solo l'autonomia risulta più elevata nelle ICU. Questo dato replica quello emerso nella ricerca che hanno adottato l'approccio situazionale per comprendere le differenze tra ICU e non-ICU (10, 18).

Sul versante del supporto sociale interno al reparto, si è visto come il personale delle ICU percepisca un supporto da parte dei superiori significativamente più elevato rispetto ai colleghi delle non-ICU. Una spiegazione potrebbe essere che nelle ICU gli elevati livelli di autorità decisionale si accompagnano a una migliore percezione delle relazioni verticali, oppure (11) che l'imprevedibilità abbia portato allo sviluppo di procedure più elastiche in cui, in luogo delle procedure standardizzate, il supporto del superiore rappresenti una risorsa centrale, accanto all'autorità decisionale, per far fronte in modo efficace all'inatteso. Rispetto alle dimensioni che descrivono gli *stressor* sociali provenienti dal rapporto con l'utenza, si è visto come i lavoratori delle ICU riportino di essere più di frequente destinatari di comportamenti aggressivi. Per contro, i lavoratori delle non-ICU vivono più frequentemente dei colleghi la sensazione che l'utenza alimenti aspettative sproporzionate nei loro confronti.

Rispetto alle dimensioni del burnout, analogamente agli altri studi considerati, il valore di esaurimento emotivo (EE) è risultato non significativo anche se il punteggio medio è più elevato per i lavoratori non-ICU mentre la misura di depersonalizzazione (DP) risulta significativamente più elevata tra i lavoratori ICU: il lavoro degli operatori delle ICU è stato spesso paragonato all'esperienza del combattimento in cui è necessario garantire livelli di allerta elevati anche in condizioni di stress estremo e prolungato nel tempo (45). In tal senso DP può costituire una strategia di coping funzionale al mantenimento di una buona performance anche in condizioni di criticità, giustificata anche dal fatto che le relazioni con i pazienti hanno in questi reparti una durata ridotta e – lungi dal rappresentare una forma di protezione dallo stress (8, 9) – possono più frequentemente che nelle non-ICU concludersi con il decesso della persona (46).

I lavoratori afferenti alle ICU sono emersi significativamente più soddisfatti della propria vita lavorativa rispetto ai lavoratori non-ICU. Per i soggetti coinvolti nel nostro studio l'autonomia, in particolare, potrebbe contribuire a spiegare tale dato. Infatti, come si è visto essa è emersa significativamente più elevata nelle ICU rispetto alle non-ICU e in sede di regressione è anche risultata associata, in entrambi i contesti, alla soddisfazione lavorativa.

Per ciò che riguarda (secondo obiettivo) l'analisi dei diversi fattori che possono alimentare le condizioni di benessere degli operatori, emergono molte similarità ma anche alcune interessanti differenze tra i due contesti. Considerando i risultati da un punto di vista complessivo si osserva che, analogamente ad altre ricerche (35, 47), in entrambi i contesti le caratteristiche lavorative e sociali risultano più fortemente associate a esaurimento emotivo (EE) e alla soddisfazione lavorativa e scarsamente associate a depersonalizzazione (DP).

Riguardo ai fattori singolarmente considerati, l'elemento che sembra rivestire un ruolo cruciale nel predire la

salute dei lavoratori, nelle ICU come nelle non-ICU, è il carico di lavoro cognitivo che risulta significativo sia per EE sia per l'insoddisfazione lavorativa. Tale dato sembra essere in accordo inoltre con gli studi che segnalano il carico di lavoro come uno dei fattori che con più frequenza si associa allo stress in ambito sanitario (22, 48).

Alcune considerazioni interessanti riguardano il supporto dei pari, fattore in grado, in modo trasversale alle realtà analizzate, di proteggere i lavoratori da EE. Tale dato è in accordo con la *buffering hypothesis*: lo sviluppo di relazioni positive e di reciproca collaborazione nel reparto costituiscono una barriera contro il degrado delle relazioni e la comparsa di vissuti negativi nei confronti del lavoro, che rappresentano il preludio del burnout (49, 50). Il supporto dei pari mette inoltre in luce una prima differenza tra i due contesti e più nello specifico relativamente ai vissuti di DP che sembrano essere influenzati da tale dimensione nelle ICU, ma non nelle non-ICU.

Ulteriori elementi che differenziano i due contesti sono il supporto dei superiori e l'autorità decisionale che sono risultati elementi protettivi solo per i contesti ICU dai vissuti di EE.

Al di là delle caratteristiche lavorative e sociali, l'inserimento delle variabili socio-anagrafiche e professionali ha consentito di fare emergere alcune differenze tra ICU e non-ICU in merito al rischio di per alcuni sottogruppi di incorrere nella sindrome del burnout.

Le maggiori esposizioni al rischio di EE per le donne e per chi ha raggiunto livelli di istruzione più elevati, come nel caso dei medici, sono note in letteratura (22). Nel presente studio ciò è vero solo all'interno delle ICU. Analogamente, è altresì noto che gli uomini siano più soggetti a esperire DP in confronto alle donne, e così i giovani rispetto ai più anziani (51, 52). Nel presente studio si riscontrano risultati simili con la differenza che i giovani sono significativamente più esposti al rischio ma solo nelle ICU, e gli uomini solo nelle non-ICU. Tali risultati, a oggi poco interpretabili, richiederebbero approfondimenti successivi al fine di chiarire il ruolo delle variabili socio-anagrafiche nei due contesti e comprendere le motivazioni che stanno alla base di tali differenze.

In conclusione i risultati emersi dal presente studio possono fornire indicazioni utili rispetto ai temi della gestione dello stress e dei rischi psicosociali nelle organizzazioni sanitarie e alla messa a punto di interventi diversificati tra i contesti di cura intensivi e quelli non intensivi: sulla base di questi risultati, a titolo di esempio, gli interventi mirati al supporto del gruppo per contrastare EE e DP, possono essere più indicati nei contesti non-ICU e meno opportuni nelle unità di cure intensive, dove la DP costituisce un fattore meno disfunzionale per gli operatori e dove può essere più efficace la proposizione di interventi di supporto alla gestione dell'aggressività del paziente.

Rispetto allo studio qui presentato è possibile evidenziare alcuni limiti. Riguardo al campione, si menzionano la ridotta numerosità ma soprattutto il fatto che i dati siano stati raccolti in un unico presidio. Queste condizioni non consentono di generalizzare le conclusioni dello studio in quanto i risultati emersi potrebbero essere influenzati da

specificità contestuali che appartengono unicamente all'azienda coinvolta nell'indagine. Studi futuri dovrebbero quindi prevedere l'estensione dell'indagine ad altre realtà sanitarie.

Un'ulteriore limitazione riguarda il disegno di ricerca trasversale che non consente di determinare relazioni di causa effetto tra i fattori psico-sociali e la salute dei lavoratori nei due contesti di cura. Studi futuri dovrebbero avvalersi di disegni di ricerca di tipo longitudinale.

Infine, in questo studio non è stato dato spazio alle variabili che descrivono le strategie che gli individui mettono in atto per far fronte allo stress (resilienza, coping, ecc.). In futuro, potrebbe essere interessante concentrarsi anche su tali aspetti al fine di evidenziare ulteriori eventuali differenze nei due contesti di cura.

Bibliografia

- Cox T, Griffiths A, Barlowe C, Randall R, Thomson L, Rial-González E. *Organizational interventions for work stress: A risk management approach*. Nottingham: Institute of Work, Health and Organisations (I-WHO), University of Nottingham Business School, 2000.
- Laezza A, Tarengi G. La tutela del benessere psicologico dell'operatore e la qualità delle cure prestate: un legame imprescindibile. *Psicologia della Salute* 2005; 3: 93-99.
- Converso D, Baratti A. Il benessere organizzativo in Sanità: l'esperienza della Regione Piemonte. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 23 (3): 355-9.
- Smith A. Perceptions of stress at work. *Human Resource Management Journal* 2001; 11(4):74-86.
- Dal Ponte A, Olivetti Manoukian F. *Lavorare con la cronicità. Formazione, organizzazione, rete dei servizi*. Roma: Carocci, 2004.
- Van den Tooren M, de Jonge J. Managing job stress in nursing: what kind of resources do we need? *J Ad Nurs* 2008; 63(1): 75-84.
- Zimmermann BK, Dormann C, Dollard MF. On the positive aspects of customers: Customer initiated support and affective crossover in employee-customer dyads. *J Occup Org Psychol* 2011; 84: 31-57.
- Martini M, Converso D. Lo studio del burnout in Sanità: rapporto coi pazienti e relazione lavoro-famiglia come richieste e risorse. *G Ital Med Lav Erg* 2012; 34 (1Suppl A): A41-A50.
- Converso D, Gattino S, Loera B. Antecedenti della sindrome di burnout nella sanità pubblica: fattori interpersonali e organizzativi. *Risorsa Uomo* 2009; 15, 3: 241-58.
- Tummers GER, Landeweerd JA, van Merode GG. The diversity of work: differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *Int J Nurs Stud* 2002; 39:841-55.
- Verhaeghe R, Vlerick P, De Backer G, Van Maele G, Gemmel P. Recurrent changes in the work environment, job resources and distress among nurses: a comparative cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 382-92.
- Safar P. Critical care medicine - quo vadis? *Crit Care Med* 1974; 2(1): 1-5.
- Melanson P. Critical care medicine as a subspecialty of emergency medicine. *CJEM* 2000; 2(4): 258-61.
- Schaufeli WB, Keijsers GJ, Miranda DR. Burnout, technology use, and ICU performance. In Sauter SL, Murphy, LR (Eds): *Organizational risk factors for job stress*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 1995: 259-71.
- Grenvik A. Critical care medicine: certification as a multidisciplinary subspecialty. *Crit Care Med* 1981; 9:117-25.
- Harris RB. Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaption framework. *ANS* 1989; 11(2): 12-28.
- Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: result of cluster analysis. *Soc Sci Med* 1997; 45:1781-8.
- Tummers GER, Landeweerd JA, Janssen PPM, van Merode G. Organizational Characteristics, Work Characteristics, and Relationships With Psychological Work Reactions in Nursing: A Longitudinal Study. *Int J of Stress Man* 2006; 13(2):201-27.
- Lawrence PR, Lorsch, JW. *Organization and environment, Managing differentiation and integration*. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Boston: Harvard University, 1967.
- Braibanti P. *Pensare la Salute*. Milano: Franco Angeli, 2002.
- Ganster DC, Schaubroeck J. Work stress and employee health. *J Manage* 1991; 17: 235-71.
- Shafueli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study and to practice. A critical analysis*. London: Taylor & Francis, 1998.
- Souza-Poza A, Souza-Poza AA. Well-being at work: a cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. *Journal of Socio-Economics* 2000; 29:517-38.
- Spector P. *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences*. California:Sage 1997.
- Hardy GE, Woods D, Wall TD. The impact of psychological distress on absence from work. *J Appl Psychol* 2003; 88: 306-14.
- Hellman C. Job satisfaction and intent to leave. *J Soc Psychol* 1997; 137: 677-89.
- Judge TA, Bono JE. Relationship of core self-evaluations traits - Self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability - With job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *J Appl Psychol* 2001; 86: 80-92.
- Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job design. *Admin Sci Q* 1979; 24: 285-308.
- Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place support, and cardiovascular disease. Across sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78: 1336-42.
- Theorell T, Karasek RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 9-26.
- Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998; 3:322-55.
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001; 86: 499-512.
- Van Veldhoven M, Taris TW de Jonge, J, Broersen, S. The relationship between work characteristic and employee health and well-being: how much complexity do we really need? *Int J of Stress Man* 2005; 12:3-28.
- Van Der Doef, MP, Maes S. The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress* 1999; 13: 87-114.
- de Lange AH, Taris TW, Kompier MA, Houtman IL, Bongers PM. "The very best of the millennium": longitudinal research and the demand-control(-support) model. *J Occup Health Psychol*. 2003 Oct; 8(4): 282-305.
- Häusser JA, Mojzisch A, Niesel M, Schulz-Hardt S: Ten years on: A review of recent research on the Job Demand Control (-Support) model and psychological well-being. *Work & Stress* 2010; 24: 1-35.
- Borgogni L, Consiglio C. Job burnout: evoluzione di un costrutto. *Giornale Italiano di Psicologia*, 2005; 1: 23-57.
- International Labour Organization (ILO).: *Workplace Violence in Services Sectors and Measures to Combat this Phenomenon: An ILO Code of Practice*. Geneva: ILO, 2004.
- Dormann C, Zapf D. Customer-related social stressors and burnout. *J Occup Health Psychol* 2004; 9: 61-82.
- Karasek R. *Job Content Instrument Questionnaire and User's Guide*, Version 1.1. Los Angeles: Department of Industrial and Systems Engineering, University of Southern California, 1985.
- Baldasseroni A, Camerino D, Cenni P, Cesana G.C, Fattorini E, Ferrario M, Mariani M, Tartaglia R. La valutazione dei fattori psicosociali: proposta della versione italiana del Job Content Questionnaire di R.A. Karasek. *Fogli di Informazione Ispesl* 2001; 14(3): 20-32, www.ispesl.it/informazione/Karasek.htm.

- 42) Sirigatti S, Stefanile C. *Adattamento italiano del MBI - Maslach Burnout Inventory*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1993.
- 43) Cortese CG, Quaglino GP. The measurement of job satisfaction in organizations: a comparison between a facet scale and a single-item. *TPM, Methodology in Applied Psychology* 2006; 13(4) p. 305-16.
- 44) Barbaranelli C. *Analisi dei dati*. II edizione. Milano: Led, 2007.
- 45) Patel VL, Lloyd, SJ, Melanson P. *Decision making in emergency care: The use of data and heuristics*. Centre for Medical Education, McGill University 2000.
- 46) Maloney J. Job stress and its consequences on a group of intensive care and non-intensive care nurses. *ANS* 1982; 1: 31-42.
- 47) Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol* 1996; 81: 123-33.
- 48) Greenglass ER, Burke RJ, Fiksenbaum L. Workload and burnout in nurses. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 2001; 11(3): 211-5.
- 49) Jayaratne S, Tripodi T, Chess W. Perceptions of emotional support, stress and strain by male and female social workers, *Social Work Research & Abstract* 1983; 19:19-27.
- 50) Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs* 2005; 51(3): 276-87.
- 51) Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. *J Organ Behav* 1981; 2:99-113.
- 52) Brewer EW, Shapard L. Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Journal of Human Resource Development Review* 2004; 3(2): 9-16.